

BIENESTAR PSICOLÓGICO Y EVALUACIÓN DE MARCADORES DE INFLAMACIÓN EN PACIENTES CON DUELO DE LA CLÍNICA DE DUELO POR SUICIDIO DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

Villagómez Zavala Patricia Guadalupe¹

Ornelas Tavares Patricia Eugenia²,

Franco Chávez Sergio Adalberto³

RESUMEN

El bienestar psicológico se vulnera cuando la persona experimenta una pérdida significativa que lo lleva a vivir el duelo. Esta experiencia, ha sido asociada al desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas y alteraciones en la salud mental como la depresión, afectando las diversas esferas del ser humano: personal, social, laboral y familiar. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), define la salud mental como “El estado de bienestar en el cual, el individuo, es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Desde esta perspectiva, las preguntas a tratar de responder tratan: ¿los pacientes con duelo por pérdidas significativas se encuentran en un estado de desequilibrio emocional en el cuál los marcadores inflamatorios se encuentran en inestabilidad?, ¿Tal situación provoca que los pacientes con duelo sean vulnerables en su bienestar psicológico? En este contexto, el objetivo de este estudio fue evaluar los marcadores de inflamación y de bienestar psicológico como resultado de la intervención terapéutica del duelo mediante la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC). Participaron 32 adultos que habían experimentado una pérdida significativa reciente (seis a 24 meses previos al estudio) y se emplearon mediciones psicométricas (INCAVISA) y mediciones de las concentraciones séricas de IL-6 y TNF α , como marcadores de inflamación. El tipo de estudio fue cuantitativo, retrospectivo y comparativo. Los resultados preliminares sostienen que la ACT ha mostrado su efectividad a partir de las diferencias estadísticamente significativas de las variables que afectan la calidad de vida y el bienestar psicológico ($p < .05$). Los participantes reportan una mayor flexibilidad psicológica, reviviendo sus experiencias dolorosas, favoreciendo la adaptación a una nueva normalidad ya sin el fallecido (Worden, 2004) y resignificando su interacción psicosocial con el medio ambiente en donde desarrolla sus actividades laborales, familiares, sociales que lo conducen al bienestar psicológico y a la salud mental. De lo anterior, puede deducirse que el duelo podría ser uno de los causales de los decrementos en la productividad familiar y social, ya que en el mediano y largo plazo, se convierte en un problema de salud pública, el detectarlo –duelo- de forma oportuna servirá para el desarrollo de la salud mental y bienestar del individuo. De acuerdo con la bibliografía revisada, en relación a síntomas de padecimiento de duelo y sus repercusiones y sus patologías ocupan un lugar importante en el desempeño de la actividad laboral, familiar y social.

1. Doctora en Ciencias de la Educación, Departamento de Psicología Aplicada (DPA), Coordinadora de la Clínica de Duelo por Suicidio “Dr. Roque Quintanilla Montoya” del Centro Universitario de Ciencias de La Salud (CUCS), Universidad De Guadalajara (UDG). Guadalajara Jalisco, México. pativillagomez@hotmail.com

2. Doctora Investigación Clínica, Departamento de Psicología, Educación y Salud ITESO, patyor@iteso.mx,

3. Ciencias de la Salud en el Trabajo, Departamento de Salud Pública (DSP), Centro Universitario de Ciencias de La Salud (CUCS), Universidad De Guadalajara (UDG). Guadalajara Jalisco, México. francochavezsergio@hotmail.com

PALABRAS O CONCEPTOS CLAVE: duelo, marcadores inflamatorios, bienestar psicológico.

Introducción:

Concerniente con el duelo por pérdida significativa y el bienestar psicológico, se presentan trastornos mentales depresivos los cuales se exhiben dentro de los padecimientos crónico-degenerativos, para lo cual la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), define la salud mental como “El estado de bienestar en el cual, el individuo, es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

Con base a lo anterior la perspectiva del bienestar psicológico puede ser orientada a la satisfacción y la felicidad y puede ser vista desde dos polos (positivo o negativo); cuando se habla de bienestar psicológico es sinónimo de salud mental positiva (habilidades para enfrentar tensiones), y conlleva bienestar al individuo consigo mismo y su contexto desde los aspectos subjetivos (realización, independencia y seguridad, etc.) a los cuales instruyen los autores Oramas, Santana & Vergara (2006), que se presentan en la cogniciones de autoconciencia, autoeficacia y autoestima que dan orden y existencia de la humanidad. Y afirman en el bienestar psicológico como un proceso o mecanismo defensor para “el sujeto en su afrontamiento a las demandas del medio y, por supuesto, actúa como indicador positivo de su salud mental, lo cual no significa traducir literalmente ésta como ausencia de síntomas” (Oramas et al. 2006).

Asimismo, el pensar en bienestar psicológico como fin positiva de la salud mental, se dará en la concepción de una necesidad del ser humano, y siguiendo a Oramas, Santana & Vergara (2006) en el concebir el bienestar psicológico como indicador positivo de la salud mental construyen que el “bienestar es algo que preocupa a la humanidad desde que emerge como tal; el ser humano busca la satisfacción de sus necesidades como todo ser vivo; sin embargo, la conciencia de sentirse feliz es algo específico de la especie humana”. Y agregan los autores de “El bienestar psicológico constituye, pues, un indicador positivo de la relación del sujeto consigo mismo y con su medio. Incluye aspectos valorativos y afectivos que se integran en la proyección futura y el sentido de la vida”.

Conjuntamente para Muratori, Delfino & Zubieta (2013) explican que por medio del trabajo como una de las demandas para llegar al *bienestar positivo* (cubrir satisfactores), que se da desde las relaciones capitalistas de producción, en los cuales el individuo pierde o queda algo que originalmente poseía, finaliza perturbado en la fuerza productiva, dejando su conciencia de ser para alienarse a la conciencia infeliz (sin felicidad fragmento de bienestar psicológico).

Complementan Muratori, Delfino & Zubieta (2013) que desde esta perspectiva tanto individual como colectiva, la enajenación crea los procesos de despersonalización y/o des-individuación propiciando estructuras sociales divergentes y en consecuencia *desorden mental*, pasividad política y aversión al trabajo, desde la suma de los siguientes elementos: falta de poder (carece control sobre su labor), *falta de sentido (la existencia sin significantes en hechos sociales, desorden mental)*, anomia o falta de normas (conducta no aprobada para llegar a la meta y el rechazo del contexto como norma), *aislamiento social (soledad como baja objetividad con el contacto social, desorden mental)*, *auto-enajenación (desprecio del yo- autoestima baja, desorden mental)*.

De tal forma que, la sociedad se vive en un *bienestar con la percepción de insatisfacción y desorganización*, y da lugar al aumento del individualismo egoísta; en sus resultados los autores indican un déficit en la confianza interpersonal y en actitudes positivas hacia los otros, y la baja aceptación dirigida al individualismo, además de un nivel alto en la dificultad de los individuos para percibirse involucrados con su entorno, falta de compañerismo y fragmentación en la cohesión social, que *posiblemente genera un tiempo de trastorno mental o bienestar psicológico negativo* (Muratori et. al, 2013).

Además, Llano (2014) expresa que es *significativo la jornada laboral*, y expresa “las demandas de la globalización han inducido a las empresas y a los gobiernos a establecer una diversificación tanto en las formas de contratación, como en los horarios de trabajo. Unas y otros defienden las políticas de flexibilidad laboral como una panacea para *resolver los problemas de desempleo y competitividad*; la flexibilidad laboral entendida solo como una medida de reducción de costos, no resuelve ninguno de los dos problemas, pero *sí afecta la calidad de vida de los trabajadores*, resulta indispensable replantearse la necesidad de flexibilizar las jornadas de trabajo, de tal modo que los trabajadores puedan conciliar mejor su vida laboral con su vida personal, garantizando un mejor *salario emocional* que, indudablemente, mejorará su motivación, concentración y rendimiento” ; que *desembocará en bienestar de salud mental y social*.

Al mismo tiempo Vieco & Abello (2014), desarrollan que la actividad común entre los humanos es el trabajo, expresa la mayor fuente de bienestar y desarrollo económico, personal y social. Pero es donde se ocasionan más factores de riesgo para la salud biopsicosocial del individuo y su entorno.

En este sentido, son los sistemas de seguridad y salud ocupacional quienes se llevan la carga económica que fue estimada en el 4% del PIB mundial, de acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), por la interrupción de la producción y gastos médicos por incapacidades laborales, enfermedades profesionales, incluidas las de carácter psicosocial e indemnizaciones de los trabajadores. (Vieco & Abello, 2014). De tal forma, que sería significativo destacar los elementos que marca la salud mental como análogo de la *bienestar psicológico positivo*.

Por lo tanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) también señala que la salud mental deviene una dimensión positiva es decir un *estado de bienestar*; la contra parte del bienestar social será visto como la capacidad del sujeto para la realización de tareas para su beneplácito y capacidad para integrarse al contexto desde la alienación como forma negativa de auto-realización, como sinónimo de pérdida de salud mental.

Por otra parte, se concibe a la enfermedad mental o el trastorno mental como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o de comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etcétera. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno laboral, cultural y social en que vive y crea algunas formas de malestar subjetivo. (FEAFES, 2003).

No es fácil constituir una causa-efecto en la visión de la enfermedad mental, ya que en ella concurren diversos factores: los biológicos (alteraciones bioquímicas, metabólicas, etcétera), factores psicológicos (vivencias del sujeto, aprendizaje, emociones, conductas, etcétera) y factores sociales (cultura, ámbito social y familiar, etcétera.) que pueden influir en su aparición.

Es preciso detallar en el concepto de salud mental concentrar el estado de bienestar del individuo y por lo tanto es un elemento (cognitiva, emocional y conductual) que integran de sus propias capacidades, y

que pueda afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (AVIFES, 2014:pp. 1).

Finalizamos en pensar la salud mental y el bienestar como la capacidad que poseen los seres humanos para enfrentarse a las problemáticas, a las cuales afrontara en respuesta o solución consiente, buscando estrategias de afrontamiento psicológicas para dar una salida próspera para sí mismo a pesar de los desiguales contextos en los que emerge su vida, es decir, desde lo individual, familiar y social. De ahí su valor de encontrar discusiones favorables para mantener una salud mental y bienestar psicológico, de no ser así, se explicará como un error o fracaso al no cubrir la respuesta de la necesidad en contexto, en donde las habilidades de afrontamiento se percibieran limitadas, escasas o nulas y existe la posibilidad de quedarse sin un bienestar psicológico (salud mental) y para el caso del duelo, las estrategias de afrontamiento demandan cubrir una necesidad individual de aceptación de la pérdida significativa.

Terapia de aceptación y compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Acceptance and Commitment Therapy), basada en los valores personales, con estrategias de aceptación y toma de consciencia de comportamiento que terminará por influir en la mejora de la “flexibilidad psicológica” de los pacientes para apoyar al individuo a enfrentar y superar la pérdida. (Paez, Valdivia y Luciano, 2006), y para alcanzar dicha flexibilidad psicológica ACT establece como procesos psicoterapéuticos a partir de trabajar: la conciencia del aquí el ahora, la dimensión del yo, la defusión, la aceptación, los valores y por último el compromiso de acción.

La Pérdida en los seres Humanos y el Duelo

Todos los individuo pasarán por una pérdida, en esta situación se activará mecanismos para afrontar dicho evento y le hará pasar por sentimientos subjetivos para enfrentar, asimilar, organizar y superar dicha pérdida, este proceso de maduración psicológica se llama duelo, además de que su afrontamiento también trae reacciones neurológicas, inmunes y endócrinas. El duelo es una respuesta natural de los sujetos, la mayoría no necesita ayuda, en otras personas resulta difícil de asumir con serios problemas para recuperarse y rehacer su vida.). El duelo se manifiesta con: Negación, enfado, negociación, depresión y aceptación. (Kübler Ross, 1969).

Al tener una pérdida aparece el duelo, y los tipos de pérdidas según Cabodevilla (2007) referenciando a Pangrazzi, categoriza en cinco tipologías de pérdida: de la vida (personal o de otro), aspecto de sí mismo (salud: física o capacidades psicológicas), de objetos externos (materiales, trabajo, objetos), emocionales (ruptura de psicosocial, pareja y amigos), al desarrollo (pasar por las etapas del ciclo de la vida), y concluye el duelo se realiza siempre que se da una pérdida.

Existen diferentes tipos de duelo complicado según la clasificación que hace Vargas Solano (2003): retardado o ausente, inhibido, prolongado o crónico, no resultado, intensificado, enmascarado, de reacciones de aniversario, y describe cada uno de ellos tabla 1.

Tabla 1: Tipología del duelo de Vargas Solano, R. E. (2003).

Tipología del Duelo	Características
Duelo ausente o retardado	Se produce una negación del fallecimiento con una esperanza infundada de retorno del finado, padeciendo un intenso cuadro de ansiedad y deteniéndose la evolución del duelo en la primera fase.
Duelo inhibido	Se produce una "anestesia emocional", con imposibilidad de expresar las manifestaciones de la pérdida.
Duelo prolongado o crónico	Con persistencia de la sintomatología depresiva, más allá de los 6-12 meses. El duelo se detiene en la segunda fase.
Duelo no resuelto	Duelo no resuelto: Similar al anterior, permaneciendo el paciente "fijado", en la persona fallecida y en las circunstancias que rodearon su muerte, sin volver a su vida habitual. El duelo se ha detenido entre la segunda y tercera fase.
Duelo intensificado	Se produce una intensa reacción emocional tanto precoz como mantenida en el tiempo.
Duelo enmascarado	Se manifiesta clínicamente por síntomas somáticos.
Reacciones de aniversario anormalmente dolorosas	Más allá del primer año, se presupone que las reacciones de aniversario, no deben conllevar un serio recrudecimiento de las emociones.
Fuente: Elaboración adecuada tomado de Vargas Solano, R. E. (2003). Duelo y pérdida. Medicina Legal de Costa Rica.	

Tabla 2: Duelo Psiquiátrico de Vargas Solano, R. E. (2003).

Tipología de Duelo psiquiátrico	Características
Histérico	El deudo se identifica con la persona fallecida, presentando el mismo cuadro que motivó su fallecimiento.
Obsesivo	La ambivalencia emocional a la que normalmente se enfrenta la persona obsesiva, crea en él fuertes sentimientos de culpa, que suelen abocar en una depresión grave y prolongada.
Melancólico	Este cuadro clínico destaca, la pérdida de la autoestima y la ideación suicida.
Maníaco	Manía del duelo: Se produce un cuadro de excitación psicomotriz y humor expansivo que evoluciona posteriormente a un cuadro depresivo.
Delirante	Insiste y mantiene la idea del fallecimiento de la persona.
Los expertos insisten en que "casi todos los trastornos mentales pueden encontrarse como manifestación del duelo patológico, en personas que no habían sufrido ninguna patología psiquiátrica previa".	
Fuente: Elaboración adecuada tomado de Vargas Solano, R. E. (2003). <i>Duelo y pérdida</i> . Medicina Legal de Costa Rica.	

En otro sentido, aunado a la problemática de bienestar positivo o la salud mental, todo individuo pasará por un momento de *pérdidas significativas*, dicho contexto activará mecanismos para enfrentar dicho evento y le hará pasar por sentimientos subjetivos para afrontar, asimilar, organizar y superar dicha pérdida, este proceso de maduración psicológica se llama duelo, además de que su afrontamiento también acarrea reacciones neurológicas, inmunes y endócrinas.

Ante la *pérdida de una persona, objeto o evento significativo* se experimenta una alteración en los sentimientos, sensaciones físicas, cogniciones y conductas, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida, a esto se le denomina "Duelo" (Worden, 2004).

El *duelo* es el proceso por el cual pasa una persona al tener *una pérdida significativa*, y se refiere al conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociales que siguen a este suceso.

El malestar psicológico suele presentarse desde los primeros días sucesivos a la pérdida significativa, habitualmente el proceso de duelo comienza con la negación, sin embargo esa necesidad de negar el dolor indica que se está produciendo el duelo (Tazón-Ansola, 2014).

Los elementos que intervienen en la complejidad del duelo que se consideran de manera global, en factores relacionales, circunstanciales, personales o sociales, según Cubero-Recio (2017) son: la naturaleza del apego o el tipo de vínculo, el tipo de muerte, el rol del fallecido, los antecedentes históricos, las distintas variables de personalidad, variables de tipo social y otros tipos de situaciones estresantes coexistentes.

La pérdida significativa de una persona, objeto o circunstancia se imprime como un suceso, hecho o muerte, de carácter estresante que llega como una mala noticia y confronta al sistema cognitivo preexistente del individuo. Esta diferencia entre la interpretación del evento –muerte- y el sistema cognitivo preexistente de la persona facilita la aparición de emociones: la culpa, el miedo, la tristeza o la rabia.

Al afrontar el duelo puede haber un predominio de respuestas emocionales, cognitivas y conductuales, así como respuestas somático-sensoriales como la activación del eje hipófisis-pituitario-adrenal, así como la cascada proinflamatoria del sistema inmune. Gündel, O'Connor, Littrell, Fort & Lane (2003) han demostrado la respuesta de estrés al analizar la actividad electrodérmica de la piel en personas con duelo a quienes se les presentó estímulos relacionados con la persona fallecida, a diferencia de su respuesta frente a estímulos neutros.

El duelo, además de ser descrito como un fenómeno psicológico, tiene correlatos fisiológicos que tienen consecuencias para la salud (O'Connor, Wellisch, Stanton, Olmstead & Irwin, 2011).

Para el óptimo desempeño del ser humano se requiere una buena *comunicación y sincronización* entre los *sistemas nervioso, endocrino e inmune*, para así *poder responder de manera eficaz ante un ambiente estresante*. Esto se lleve a cabo entre a partir de la eficiencia en la comunicación en los diferentes niveles de organización desde las células, tejidos órganos y sistemas para generar una respuesta coordinada y precisa cuyo fin es mantener la homeostasis.

Las *emociones son procesos fisicoquímico-inductores de tensión*, que favorece la liberación de:

- a) citocinas proinflamatorias,
- b) hormona liberadora de corticotropina (CRH) y
- c) cortisol, que inducen a su vez la expresión de neurotransmisores que, en conjunto, provocan la aparición de alteraciones conductuales. En primera instancia se inicia una respuesta con la elevación de los niveles de citocinas proinflamatorias –factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), interleucina (IL)-6 e IL-1, producidas por linfocitos y macrófagos. Estas citocinas proinflamatorias son capaces de unirse a sus receptores y estimular al Sistema Nervioso Central (SNC) y así inducir la generación de los siguientes procesos:
 - 1) *neuroinmunológicos*, activando la liberación de citocinas en el cerebro mismo
 - 2) *neuroquímicos*, liberando neurotransmisores, como la norepinefrina y la serotonina
 - 3) *neuroendocrinos*, que secretan CRH, la cual activa el eje hipotálamo-hipófisis-adrenales, lo que a su vez induce la liberación de cortisol y andrógenos anabólicos, como la dehidroepiandrosterona, los cuales

en su conjunto llevan a cambios conductuales. En condiciones normales, al desaparecer el estímulo estresante la producción de citocinas proinflamatorias disminuirá, sin embargo, si el estímulo se vuelve crónico, por ejemplo, en el duelo, se presentará una fase de agotamiento que se traducirá en trastornos somáticos o psiquiátricos. Dicha respuesta dependerá de la base genética y de la manera de afrontar las pérdidas (Shultze, et al. 2012). Por otro lado, los niveles elevados en las concentraciones de IL-6 se han asociado a la depresión y al desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas (Sánchez, 2014)

Se ha considerado que las personas que *experimentan ansiedad y agresividad* cuando realizan tareas estresantes desarrollan enfermedades como: infartos, autoinmunidad, Alzheimer, cáncer entre otras. La enfermedad y la muerte son eventos altamente estresantes por lo que en la literatura el duelo ha sido asociado al mismo patrón de respuestas psicofisiológicas que se han estudiado en el estrés y en el trastorno por estrés postraumático (Gómez Sancho, 2007).

Desarrollo

Costo de Bienestar y Duelo

En México, con relación a la salud mental se reporta que para el periodo 2005-2013 el costo promedio anual por el trastorno de depresión es de USD 20.961.357,00 el mayor impacto está en las instituciones para población no asegurada (Arredondo & col. 2018), uno de los factores que inciden en el proceso del duelo.

En el Informe sobre Sistema de Salud Mental de México (IESM) se subraya: “el gasto público en salud equivale aproximadamente al 6.5% del PIB. El gasto per cápita de la seguridad social varía en los estados de la república: el más alto es de \$3,816 pesos y el más bajo de \$1,409 pesos. En el caso de la población no asegurada, el monto mayor es de \$2,979 pesos y el menor de \$8,70 pesos. El presupuesto asignado a la salud mental corresponde al 2% del gasto total en salud (IESM-OMS, 2011)”. Cabe mencionar, que en *“nuestro país se vive una transición epidemiológica (polarizada), cuyos rasgos más notorios son la disminución de las enfermedades infecto-contagiosas y el aumento de los padecimientos crónico-degenerativos, categoría en la que se encuentran los accidentes, las lesiones y los trastornos mentales. Estos últimos constituyen un importante problema de salud pública; el trastorno depresivo ocupa el primer lugar en mujeres y el quinto en hombres (IESM-OMS, 2011)”*. Indicar que cuanto a financiamiento la Secretaría de Salud *“destina para la salud mental el 2% del presupuesto total asignado y, de este porcentaje, el 80% se utiliza para los gastos de los hospitales psiquiátricos. La población que tiene libre acceso a los medicamentos psicotrópicos representa el 85%; además de que quienes no gozan de esta prestación pagan por una dosis diaria de tratamiento antipsicótico 0.85 dólares, lo que representa el 19% del salario mínimo diario en México. En el caso de los antidepresivos, el costo de la dosis diaria es de 0.17 dólares y representa el 4% del salario mínimo (IESM-OMS, 2011).*

Perspectiva psicológica ante el fenómeno del Duelo en los espacios: Internacional y Nacional

Cifras oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) indican que a nivel mundial existen más de 300 millones de personas que padecieron depresión en el año de 2015, cifra que representaba en ese entonces el 4.4% de la población mundial; siendo éste trastorno la primera causa de incapacidad y contribuye a la carga mundial general de morbilidad, se menciona que es uno de los principales factores contribuyentes en la defunción por suicidio. Para el 2015 según los cálculos, fallecieron cerca de 788, 000 personas por suicidio, representando así el 1,5% de las defunciones del mundo y posicionándose en la segunda causa principal de muerte en personas de 15-29 años a nivel mundial. Se hace especial énfasis en que existe una mayor incidencia tanto de depresión como de suicidio.

En la última década ha aumentado la falta de información sobre los costos de la salud mental en España con respecto a los países del norte de Europa. No es de admirarse que un país que es clasificado por la OMS (2000) como el séptimo sistema sanitario más eficiente del mundo, carezca de información oficial sobre un grupo de enfermedades que tiene el mayor costo directo y total para el sistema sanitario de los países occidentales. España no aportó dato alguno o en algunos casos aportó datos erróneos sobre el gasto y el financiamiento en salud mental al Atlas de la Salud Mental en el Mundo de la OMS (2005).

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, no incluye datos científicos sobre costos, ya que estos incorporan datos extraídos de una encuesta efectuada por una consultora para una compañía farmacéutica. Como los costos por esquizofrenia que son hasta 10 veces inferiores a los señalados en otros países europeos, como el Reino Unido, mientras que los costos atribuibles a la carga familiar son el 70% de los costos totales atribuibles a dicha enfermedad. Los costos aplicados sobre la efectividad de diversas estrategias terapéuticas, señalan la importancia de establecer políticas de financiamiento.

Lamentablemente, los datos adquiridos no reemplazan a los estudios necesarios de costos de las enfermedades mentales en España. Se presenta una carencia del plan estratégico nacional que deja a la economía de la salud mental como una asignatura pendiente.

En cuanto a México, Méndez (2017) menciona que se observó un aumento en el presupuesto para la salud mental durante el periodo de 2010 a 2015, sin embargo hubo un retroceso al año siguiente al presentarse una reducción a un 4%, quedando para el 2017 en un 5% debido a los recortes presupuestarios en el área de salud. Destinando finalmente \$2,586 millones de pesos (2.2% del presupuesto de la Secretaría de Salud). Del cual en 2013 se destinaba 55% a la prevención, bajando en 2017 a 49%. Y el programa de atención a la salud aumentó de un 39% a un 44%; dejando un panorama en el que se le da poca atención a la prevención de los problemas de salud mental, propiciando su desarrollo hasta etapas más complejas y dañinas.

Más aun algunos riesgos para el desequilibrio del bienestar psicológico se planea desde la visión del desempleo sobre la salud de las personas: aumento de la mortalidad general y por causa cardiovascular, esto se refiere a un aumento de las tasas de hipertensión e hipercolesterolemia, diabetes mellitus, de las enfermedades crónicas, de la mortalidad en la infancia y de distintos padecimientos físicos como cefaleas y migrañas.

En relación con la salud psíquica o salud mental de la persona, cuadros ansioso-depresivos de carácter reactivo, abuso de alcohol y otras sustancias, tabaquismo, distintos síntomas psicológicos y psicosomáticos en adultos jóvenes, trastornos del sueño, sentimientos de culpa, conflictos familiares, violencia doméstica e intentos de suicidio (Perreira, 2007)

Objetivo

El objetivo del estudio es evaluar y explicar la naturaleza del bienestar biopsicosocial en pacientes con duelo por pérdida significativa y evaluar el impacto de la terapia de aceptación y compromiso sobre marcadores psicométricos y de inflamación en pacientes con duelo de la clínica del duelo del Centro Universitario de Ciencias de la Salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: Investigación Cuantitativa, retrospectiva y comparativa.

Muestra

PARTICIPANTES: 32 participantes, el 81% eran mujeres y el 19% varones. La mayoría reportó un nivel escolar de licenciatura y las personas fallecidas eran alguno de los padres (25%), la esposa o esposo (22%) y algún hijo (16%)



ESCENARIO: Clínica de duelo por Suicidio “Dr. Roque Quintanilla Montoya”, adscripta al Departamento de Psicología Aplicada del Centro Universitario de Ciencias de la Salud en la Universidad de Guadalajara.

Instrumentos: Inventario Test INCAVISA, prueba biológica (muestra de plasmas)

Test INCAVISA

El Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa, 2009) evalúa las desiguales áreas que afectan la percepción del nivel de satisfacción que experimentan en distintas áreas de la vida, y examina aquellas que resultan desfavorables a la calidad de vida como:

- (1) *las preocupaciones*, entendidas como aquellos pensamientos que limitan la tranquilidad del evaluado y que hacen referencia al malestar emocional y físico;
- 2) *el aislamiento*, que busca evaluar la sensación de soledad y vacío; y
- (3) *la percepción corporal* como desagradable en su figura y su aspecto
- (4) *las funciones cognitivas* que evaluaron aspectos relacionados con la falla en la atención, concentración y memoria;
- (6) *el área de tiempo libre* que buscó evaluar las limitaciones que presenta el evaluado para disfrutar su tiempo libre o para realizar actividades que antes disfrutaba
- (7) *el área de vida cotidiana*, que mide la percepción de la vida como difícil o displacentera y, finalmente
- (8) *La dependencia médica*, que se refiere a la expectativa de que el control de su bienestar depende de un profesional de la salud.

Además de estas variables, INCAVISA mide algunas otras variables que afectan la calidad de vida y que están relacionadas con el tratamiento y con la relación con el equipo médico.

En un primer momento de este proyecto se convocaron a personas que hayan experimentado la pérdida de un ser querido entre los seis y veinticuatro meses previos al estudio, previa firma del consentimiento informado. La evaluación con el instrumento se realizó al inicio y al final de una intervención terapéutica grupal basada en la terapia de aceptación y compromiso y se conformaron cuatro grupos de participantes con duelo.

Procedimientos

La evaluación psicométrica y las muestras de plasma se tomaron al inicio y otra al terminar la terapia, se han realizado análisis comparativos de las puntuaciones basales y finales del instrumento psicométrico, con la prueba *t de student*, en la plataforma del SPSS versión 24.0. Se evaluó la concentración sérica de las citocinas proinflamatorias IL-6 y TNF- α en 20 pacientes mediante Kit de Biolegend, por ELISA MAXTM, (Cat 430201), se realizaron curvas estándar de alta sensibilidad, para obtener una calibración esperada de 0.999 a 1 y el proceso metodológico, se realizó bajo condiciones ambientales de acuerdo a las recomendaciones descritas por el proveedor y se procedió a la lectura de la placa (longitud de onda de 450 nm con una corrección a 570 nm) en un lector de ELISAS (MARCA BIOTECK, USA).

CONSIDERACIONES ÉTICAS: firmaron consentimiento informado y las muestras de plasma fueron obtenidas por personal capacitado en el manejo de los materiales y sus desechos.

Resultados

En la comparación de los resultados de ambas mediciones con el inventario de Calidad de vida y salud, se observaron diferencias significativas en las áreas de preocupaciones, aislamiento, funcionamiento cognitivo, uso del tiempo libre, dependencia médica y vida cotidiana ($p < .05$) mientras que, en las variables relacionadas con el desempeño físico, percepción corporal, la actitud al tratamiento, la familia, redes sociales y relación con el médico, no mostraron variaciones importantes ($p < .05$). La puntuación total de INCAVISA, considerando los ajustes en los puntajes que abonan a la calidad de vida, también muestra una diferencia significativa entre la medida inicial y final ($p = .026$).

Tabla No. 1 Diferencia entre las puntuaciones iniciales y finales con INCAVISA

<i>Variable</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig. (bilateral)</i>
<i>Preocupaciones</i>	4.044	31	0.000*
<i>Desempeño Físico</i>	1.092	31	0.283
<i>Aislamiento</i>	3.233	31	0.003*
<i>Percepción Corporal</i>	1.564	31	0.128
<i>Funciones Cognitivas</i>	2.902	31	0.007*
<i>Actitud ante el Tratamiento</i>	1.881	31	0.069
<i>Familia</i>	1.044	31	0.305
<i>Tiempo Libre</i>	2.812	31	0.008*
<i>Vida Cotidiana</i>	3.298	31	0.002*
<i>Dependencia Médica</i>	2.18	31	0.037
<i>Rel. Con Médico</i>	1.428	31	0.163
<i>Redes Sociales</i>	1.419	31	0.166
<i>Bienestar</i>	-1.487	31	0.147
<i>Síntomas Físicos</i>	1.616	31	0.116

* Diferencia estadísticamente significativa

Gráficamente, la diferencia de puntajes se observa en la siguiente figura.

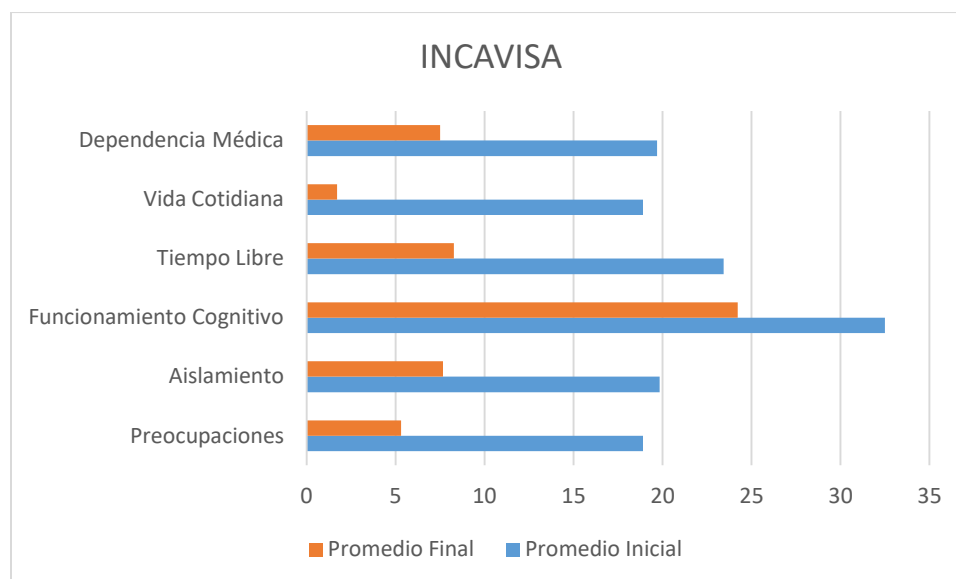


Figura.: Puntajes promedio en las áreas que afectan la calidad de vida del INCAVISA

Aunque la percepción corporal, la relación con el médico y la actitud ante el tratamiento también afectan la calidad de vida, la comparación entre las medidas iniciales y finales no muestran diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$)

En todos estos rubros, se observó una puntuación menor en la evaluación final del proceso terapéutico y la diferencia con la evaluación inicial fue estadísticamente significativa ($p < .05$), por lo que se puede afirmar, con base en estos resultados, que la terapia de duelo basada en el modelo de aceptación y compromiso *redujo la presencia de síntomas desfavorables para la calidad de vida*, aunque no logró impactar de la misma manera en los síntomas que contribuyen a mejorarla.

Finalmente, no todos los participantes se reportaron enfermos por lo que la actitud hacia el tratamiento médico y la relación con el médico no representaron una información significativa y por lo mismo el análisis estadístico tampoco muestra una diferencia entre la evaluación inicial y final.

Con relación a la concentración total de las citocinas en los diferentes tiempos basal y final IL-6 y TNF- α se muestran en la Figura 1:

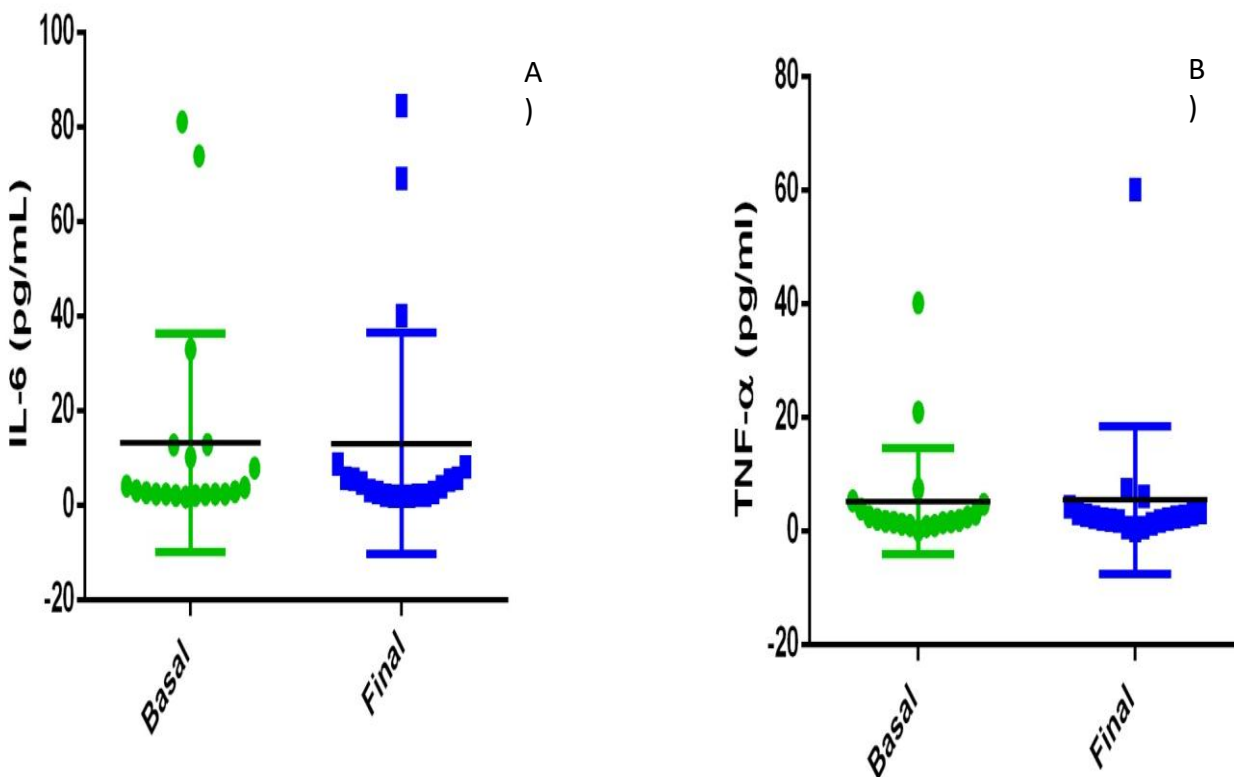


Fig.1 Datos representativos de concentración sérica de citocinas en pacientes con duelo complicado que recibieron terapia de TAC, en 2 tiempos inicial (basal) y 7 semanas (final). En A) IL - 6 (pg/mL) y en B) TNF α (pg/mL), datos representados en promedios con significancia de $p > 0.05$ y/o NS.

En general no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en IL-6 y TNF- α , sin embargo,

Se observó que 7 de los pacientes de manera basal para IL-6 presentaron altas concentraciones y solo 3 se sostuvieron al final de la terapia de ACT, con relación al TNF- α , 3 pacientes presentaron niveles altos de la citocina y solo una se mantuvo en las mismas condiciones al final de la terapia ACT.

Tal como se aprecia, las mediciones iniciales y basales sostienen que la ACT genera beneficios en los participantes ya que la sintomatología del duelo complicado y del duelo normal se reduce, así como también se genera la flexibilidad psicológica para enfrentar experiencias emocionales desagradables y mejora notablemente la percepción de sus creencias espirituales. Gómez Sancho (2007) sostiene que uno de los indicadores para evaluar la evolución del duelo es, entre otros, el Inventario de Duelo Complicado que en este estudio sí mostró diferencias significativas.

Por otro lado, Cruz, Reyes y Corona (2017) sostienen que el modelo de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) ha dado evidencia empírica de su efectividad, toda vez que la Terapia apoya y fomenta nuevas formas de afrontar la pérdida y ajustarse a una nueva normalidad. Por otro lado,

aquellas personas que le dan una importancia moderada a sus creencias religiosas tienden a experimentar un duelo más intenso (Christian, Aoun y Breen, 2018)

La conducta humana es muy variable de acuerdo los cambios fisiológicos, que se presentan durante las emociones como enojo alegría tristeza etc, Estos cambios inducen alteraciones a nivel sistémico en el que está íntimamente relacionada la activación celular que una vez estimulada libera moléculas o proteínas como las citocinas y se ha reportado que bajo condiciones de estrés se incrementa la respuesta de las citocinas proinflamatorias como la IL-6 y TNF-alfa entre otras, que conducen inclusive a periodos inmunosupresores transitorios (Audet MC 2014).

En el estudio de duelo complicado se observó que las citocinas no presentaron diferencia significativa de manera global, sin embargo, al hacer el análisis de manera individual el 35% incrementó la concentración de IL-6 y se redujo en el 15% del total de los sujetos con la terapia ATC y para TNF-alfa el 15 % estaba elevado, observando una reducción del 10% después de la terapia. Domínguez et al. (2016) afirma que el balance entre la intensidad y la resolución de una respuesta inflamatoria es la clave para la adaptación del organismo, la resolución es un proceso pasivo, auto limitado de la respuesta inmune.

Glaser y Kiecolt-Glaser (2005), reportaron incremento de IL – 6 en suero de personas con síntomas depresivos además de observar que se relacionan con enfermedades asociadas a la edad como enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, artritis, diabetes tipo II y síndromes de fragilidad o decaimiento funcional, así como en algunos tipos de cáncer. Además, las citocinas afectan los niveles de dopamina y serotonina, cambiando el estado emocional, por lo que las citocinas pueden influir el procesamiento de la recompensa y promover el aumento o disminución de síntomas depresivos, mediante la alteración de la actividad dopaminérgica y de los sistemas serotoninérgicos (Ikemoto, Panksepp, 1999; Ressler y Nemeroff, 2000 en Domínguez et al. (2016)

Miller y Raison (2008), observaron que los pacientes con depresión activan rutas de señalización incrementando la producción de IL-1, IL-6 y TNF α .

Estos reportes indican que es evidente la presencia de las citocinas bajo condiciones depresivas o de duelo, aquí se encontró que los pacientes que presentaron mayores niveles de estas citocinas manifestaron problemas psicosociales aún no resueltos. En este sentido, Domínguez (2016) señala que el sistema inmunológico responde con los mismos mecanismos a los estresores psicosociales, en particular a la interrupción de la estimulación social o soledad. Por otro lado, Cohen (2015) señalan que los niveles más elevados de inflamación se presentan entre personas con altos índices de masa corporal y condiciones de salud crónicas.

Los recuerdos del individuo se localizan en forma de redes neuronales en la corteza con distinta localización. Según Seligman (en Santiago, 2015), se aprende a ser optimista o pesimista y dicho aprendizaje está basado en redes neuronales que son susceptibles de ser modificadas mediante la psicoterapia. La adaptación psiconeuroinmunoendocrina depende de la evaluación que realiza el individuo respecto a los sucesos de su vida (Santiago, 2015).

El duelo se ve afectado por factores genéticos y socioambientales, a este respecto Schultze-Florey et al. (2012) consideran que el factor genético es importante principalmente en la severidad del duelo al observar asociación entre duelo y el polimorfismo -174 de la región promotora de IL-6. La perspectiva de este trabajo es relacionar con marcadores como el cortisol y otras citocinas para hacer una asociación directa con la aplicación clínica y de esta manera contribuir al conocimiento en el manejo de duelo.

Conclusiones

Con base en los resultados del estudio, se llegó a las siguientes resoluciones preliminares:

- Cuando ocurrió el duelo, los recursos psicológicos individuales, familiares y sociales se vieron vulnerables, perturbando el bienestar de los dolientes, dando lugar a una alteración psicológica, la depresión es uno de los síntomas recurrentes que observó algo que más afecta a este tipo de población.
- A partir de los hallazgos de este estudio se puede concluir que la terapia de aceptación y compromiso ha demostrado su efectividad en 32 participantes antes mencionados, por lo cual si redujeron la sintomatología del duelo.
- Se ha generado una mayor flexibilidad psicológica en los participantes del duelo, permitiéndoles revivir sus experiencias que resultaron dolorosas y con ello se favoreció una mayor adaptación a la ausencia del fallecido.
- Los resultados que aquí presentamos dan evidencia del efecto del desequilibrio en el bienestar que genera una pérdida significativa para las personas. La reconstrucción de una nueva normalidad como propone Worden (2004), implica que la persona logre darle sentido a su vida, ya sin la persona fallecida.
- Asimismo, los dolientes lograron su adaptación y la restauración en sus contextos en la resignificación de las relaciones psicosociales del medio ambiente en el que se desarrollan sus actividades tanto laborales, familiares y sociales.
- De acuerdo a los marcadores (IL-6 y TNF α) de la muestra total, solo 20 participantes no mostraron diferencias estadísticamente significativas en las mediciones tomadas al inicio y al final de la terapia, cabe destacar que si se encontró una reducción importante en la concentración de (IL-6 y TNF α).
- Por otra parte, las reflexiones de los dolientes giraron en torno a la culpa por no haber pasado más tiempo con la persona fallecida, imposibilitando la convivencia entre el doliente (paciente = ellos) y su pérdida –acaecido-, por lo que aceptar las pérdidas como parte un proceso natural del fin de vida, ayudo al proceso de recolocación emocional.
- Por lo anterior, el duelo disminuye la capacidad de las personas dolientes para afrontar las tensiones normales de la vida, limita su capacidad de trabajo, la posibilidad de contribuir a su comunidad y por ende afecta su bienestar psicológico y la salud mental.
- Por último, se concluye que los procesos de precarización laboral y la crítica situación económica mundial inherente al agresivo sistema capitalista afectan a las clases sociales vulneradas por los grupos dominantes, teniendo consecuencias no sólo a nivel de escasez y explotación, sino también repercutiendo en la salud mental, laboral y social.
- Como mencionó Alhucema (s.f.) es necesario tener en consideración que, como profesionales de la salud mental, debemos mantener una visión crítica de la realidad para no operar como un agente que aliena o que tan sólo incorpora al sujeto al orden social.

REFERENCIAS

- Arredondo, A., Díaz-Castro, L., Cabello-Rangel, H., Arredondo, P., & Recaman, A. L.** (2018). Análisis de costos de atención médica para esquizofrenia y depresión en México para el periodo 2005-2013. *Cadernos de Saúde Pública*, 34, e00165816.
- Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, AVIFES** (2014), "Salud Mental", [medio electrónico], España, disponible en <http://avifes.org/enfermedad-mental/> [enero del 2017].
- Audet, M.C., McQuaid R.J., Merali Z., Anisman H.** (2014) Cytokine variations and mood disorders: influence of social stressors and social support. *Frontiers in Neuroscience*. Dec.16
- Cabodevilla, I.** (2007) "Las pérdidas y sus duelos". *An. Sist. Sanit. Navar.* 2007; Vol. 30 (Supl. 3): 163-176.
- Christian K., Aoun S.M., Breen L.J.** (2018) How Religious and Spiritual Beliefs Explain Prolonged Grief Disorder Symptoms. *Death Studies*. May 14: doi: 10.1080/07481187.2018.1469054. [Epub ahead of print]
- Cohen M., Granger, S. Fuller-Thomson E.** (2015) The association between bereavement and biomarkers of inflammation. *Behavioral Medicine*. 41(2)49-59
- Cruz J.I., Reyes M.A., Corona Z.I.** (2017) Duelo. Tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). México: Manual Moderno
- Cubero-Recio, L.** (2017). "Duelo ante la pérdida de los progenitores: una revisión bibliográfica". <https://hdl.handle.net/10953.1/5590>.
- Domínguez T.B., Rodríguez M.D., Pluma V.S, Leija A.G., Márquez R.R., Cortés E.P., Cruz A. I., Morales H. L.** (2016) Respuesta Inflamatoria, emociones y dolor. *Investigación Clínica*. Seminario de Neurociencias. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/305807290_Respuesta_inflamatoria_emociones_y_dolor_Invstigacion_Clinica
- Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J.K.** (2005) Stress is bad for your immune system and your health. *Discovery Medicine*. 26,165-169
- Gündel H., O'Connor M.F., Littrell L., Fort C., D Lane R.** (2003)" Functional Neuroanatomy of Grief: An fMRI Study". *Amercian Journal of Psychiatry*. (160(11): 1946-53.
- IESM-OMS.** (2011) "Informe sobre Sistema de Salud Mental de México: Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud" (IESM-OMS) [online], MEXICO. 2011. pp. 9-13.
- Kübler-Ross, E.** (1969).On death and dying.Nueva York, N.Y.: Macmillan
- Llano. R., P.** (2014) "La flexibilidad Laboral y el Salario emocional". Vol. 5 Núm. 1 (2014): Revista Aglala.
- Martinez-Maza O, Magpantay L, Crabb Breen E., Irwin M.R.,Günder H., O'Connor M.F.** (2012) When grief makes you sick: Bereavement induced systemic inflammation is a question of genotype. *Breain, Behavior and Immunity* 26(7) 1066-71

Méndez, M. J. (2017) "Gasto público en salud mental". [online], Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C. disponible en: <http://ciep.mx/gasto-en-salud-mental/>. [15 enero 2018].

Miller A.H., Raison Ch. L. (2008) Immune system contributions to the pathophysiology

Muratori, M., Delfino, G., & Zubieta, E. (2013). "Percepción de anomia, confianza y bienestar: la mirada desde la psicología social". Revista de Psicología, pp. 130-150.

O'Connor M.F., Wellisch D.K, Stanton A.L., Olmstead R., Irwin M.R. (2011) Diurnal cortisol in Complicated and Non-Complicated Grief: Slope differences across the day. Psychoneuroendocrinology. 37,725-728.

of depression. Psychiatry [on line] disponible en: <https://doi.org/10.1176/foc.6.1.foc36>. [15 enero 2017]

Oramas Viera, A., Santana López, S., & Vergara Barrenechea, A. (2006). "El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental". Revista Cubana de Salud y Trabajo, 10 febrero 2006, pp. 34-39.

Organización Mundial de la Salud (2017). "Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales". [online], Ginebra (Suiza), disponible en: <https://www.google.com.mx/url?sa=/> . [06 enero 2017].

Organización Mundial de la Salud. (2013). "Salud mental: un estado de bienestar", [online], Ginebra (Suiza), disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/. [06 enero 2017].

Páez, M.; Gutiérrez, O.; Valdivia, S. y Luciano, C. (2006) "Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica". International Journal of Psychology and Psychological Therapy 6 (1).

Parreira, W. (2007). "El compromiso político e ideológico de la psicología y la formación del psicólogo". [online], Revista Humanitas, 1 (1), 179-206

Riveros, R. A., Sánchez, S, J.J. & Aguila del, M. (2009) Inventario de Calidad de vida y salud. InCaViSa. México. Manual Moderno.

Salud Mental y Medios de Comunicación: guía de estilo (2003) FEAFES. Editorial. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales, Madrid.

Sánchez J., Sánchez P., Peiró G, Sirera R., de Lamo M., y Corbellas C. (2014) Niveles séricos de IL-6 y depresión en varones con cáncer de pulmón microcítico avanzado. CM de Psicobioquímica; 2: 53-62

Santiago J. (2015) Formación Internacional en PNIE Módulo II. Instituto peruano de psiconeuroinmunología y Medicina Mente Cuerpo. www.ippnim.co Schultze-Florey CH.

Tazón Ansola P. Aseguinolaza C. L. García Campayo J. (2014) Relación y Comunicación. España: Difusión Avances de Enfermería.

Vargas, Solano R. E. (2003) "Duelo y pérdida" Medicina legal. Costa Rica [Internet]. 2003 Septiembre [cited 2018 June 28]; 20(2): 47-52. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000200005&lng=en.

Vieco Gómez, G. y Abello Llanos, R. (2014). Factores psicosociales de origen laboral, estrés y morbilidad en el mundo. *Psicología desde el Caribe*, [en línea] 31(2), pp.354-385. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21331836004>. [15 junio 2018]

Worden, J.W. (2004) *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. España. Paidós.